

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

POUR

N° 790

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Danièle VARRET

Née le 5 Août 1935, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 1964

LES
SYNOVIOSARCOMES HYPOPHARYNGES

•

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Président : M. AUBRY, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : VARRET

Prénom : DANIELE

Date de Soutenance : 25 Juin 1964

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

VARRET (DANIELE) — Les synoviosarcomes hypopharyngés. A propos d'une observation. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

VARRET (DANIELE) — Les synoviosarcomes hypopharyngés. A propos d'une observation. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

VARRET (DANIELE) — Les synoviosarcomes hypopharyngés. A propos d'une observation. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

VARRET (DANIELE) — Les synoviosarcomes hypopharyngés. A propos d'une observation. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 43 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Danièle VARRET

Née le 5 Août 1935, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 1964

LES

SYNOVIOSARCOMES HYPOPHARYNGES

•

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Président : M. AUBRY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHTER (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven.	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)

médicales : *Broussais* : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - *Cochin* : BROUET (G.); - *Hôtel-Dieu* : BARIÉTY (M.); - *Lariboisière* : SÈZE (S. DE); - *Pitié* : DREYFUS (G.); - *Saint-Antoine* : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).
d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. DEBRAY (Ch.)
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. MARIE (J.)
médicale propédeutique (Broussais) .. JUSTIN-BESANÇON (L.)
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. DEROT (M.)
neuro-chirurgie (Pitié) .. DAVID (M.)
neurolog. (Salpêtrière) .. GARCIN (R.)
obstétricales : *Baudelocque* : LACOMME (M.); - *Foch* (Suresnes) : MERGER (R.).
obstétricale et gynécol. (Port-Royal) .. VARANGOT (J.)
ophtalmol. (Hôtel-Dieu) .. RENARD (G.)
» (Cochin) .. OFFRET (G.)
oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) .. AUBRY (M.)

— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...
— pneumo-ptisiologie (Laennec) .. BERNARD (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .. MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)
— stomato. (Salpêtrière) .. DECHAUME (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard) .. ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. LEMAIRE (A.)
— toxicologique .. GAULTIER (M.)
— urologique (Cochin) .. ABOULKER (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique .. PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale .. DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales .. POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique .. JUDET (R.)
Clinique urolog. (Necker) .. COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance (Trousseau) N...

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

hydrologie et climatologie .. GIBERTON (A.)
maladies infectieuses .. BASTIN (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie .. MADURO (R.)
pneumo-Phtisiologie .. KREIS (B.)

Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
Rhumatologie .. DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).

anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) pr. s. ch. MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch.; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURECH (G.).

bactériologie : MM. BARBIER (P.); pr. s. ch.; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), m. conf.; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), pr. s. ch.; CORNILLOT (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).

biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), pr. s. ch.

carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

cardiologie : M. HATT (P.-Y.).

chémio-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DIPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).

électro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), m. conf.; LEDOUX-LEBARD (G.).

embryologie : M. ROUX (Ch.).

Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie : MM. COUJARD (R.), p. s. ch.; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).

Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).

Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHET (G.); SEBAOUN (J.).

Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBOLLETT (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).

Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie : M^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mile); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (G.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSAGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUIET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Dont l'affection, le courage et l'exemple
m'ont permis d'arriver à ce résultat.*

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de toute
mon affection et la faible récompense de
leurs efforts.*

A MA GRAND-MÈRE

*Qui trouvera ici joie et fierté, en plus du
témoignage de mon affection.*

A MES FRÈRES

AU DOCTEUR PIERRE-LOUIS BIÉTRIX

Ex-Assistant de Consultation à l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Dont la sollicitude, la compréhension et
l'exemple m'ont été d'un grand secours.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma recon-
naissance et de mon affection.*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. AUBRY

Professeur Titulaire de la Chaire O.R.L.
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence du jury de cette thèse.
En hommage respectueux.*

A MESSIEURS LES MEMBRES
DU JURY DE CETTE THÈSE

AU DOCTEUR P. CLERC

Chef du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul

Qui nous a confié cette thèse et a bien voulu nous guider dans l'élaboration de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos respectueux remerciements pour l'aide qu'il nous a apportée et pour la bienveillance avec laquelle il nous a accordé son enseignement dans son Service.

AU DOCTEUR G. LOISEAU

Chef du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'Hôpital de La Pitié

Qui a bien voulu nous enseigner l'oto-rhino-laryngologie et qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

AU DOCTEUR Y. CACHIN

Chef du Service d'Oto-Rhino-Larynologie
de l'Institut Gustave-Roussy

Qui a accueilli dans son Service le malade qui a fait l'objet de ce travail, et a bien voulu nous communiquer son observation.

Il nous a prodigué son aide et ses conseils éclairés.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

AU DOCTEUR R. GÉRARD-MARCHANT

Anatomo-Pathologiste de l'Institut Gustave-Roussy

Qui a bien voulu nous guider dans l'élaboration de ce travail et nous aider de façon précieuse.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

AU DOCTEUR J. MARCHAND

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous enrichir de son
enseignement.*

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

AUX MÉDECINS ET AU PERSONNEL
DES SERVICES O.R.L. DE L'HOSPICE SAINT-VINCENT-DE-PAUL
ET DE L'INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY

Leur collaboration nous a été précieuse.

A MONSIEUR LE CHEF
DU LABORATOIRE PHOTOGRAPHIQUE
DE L'INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY

*Qui nous a aidé dans la réalisation de
l'iconographie de ce travail. Nous l'en
remercions bien vivement.*

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier une forme très particulière de tumeurs hypopharyngées : le synovialome ou synoviome malin. Le terme de SYNOVIOSARCOME a été couramment employé par de nombreux auteurs, mais, comme nous le verrons plus loin, ce nom semble moins bien adapté.

Si ces tumeurs, comme on peut le croire, ne sont pas exceptionnelles au voisinage des articulations des membres, elles le deviennent dans la sphère pharyngo-laryngée.

En effet, 6 cas seulement sont retrouvés dans la littérature mondiale, le premier ayant été publié en 1954.

Cette affection, dont les caractères cliniques varient relativement peu d'un malade à l'autre, mais sans être particulièrement évocateurs, pose de délicats problèmes sur le plan diagnostic ; celui-ci reposant essentiellement sur l'anatomo-pathologie.

L'origine de cette tumeur, dans sa localisation hypopharyngée, constitue également un des points intéressants de l'étude de cette maladie.

D'évolution plus ou moins rapide selon les cas, mais toujours mortelle en l'absence de traitement, cette néoplasie, considérée dans son ensemble, a vu son pronostic s'améliorer considérablement par la mise en œuvre rapide d'une chirurgie radicale.

Une observation recueillie dans les Services d'Oto-Rhino-Laryngologie des Docteurs CLERC, à l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul, et CACHIN, à l'Institut Gustave-Roussy, nous a permis de nous attacher à l'étude de cette maladie.

HISTORIQUE

Les tumeurs synoviales malignes, dans leur ensemble, n'ont commencé à être l'objet de publications que depuis le milieu du siècle dernier. Encore faut-il noter que certains auteurs anciens faisaient entrer dans le cadre des lésions malignes des tumeurs dont la description semble aujourd'hui plus évocatrice d'affections bénignes.

En effet, en 1852, CHASSAIGNAC qui, pour certains, aurait publié le premier cas de cancer synovial, donne une description de lésion du pouce qui paraît correspondre beaucoup plus à un granulome.

En 1902, MARSH donne un tableau de sarcome primaire d'une gaine synoviale ; mais, là encore, il semble s'agir plutôt d'une lésion bénigne.

Les premiers en 1910, LEJARS et RUBENS-DUVAL fournissent une description adéquate d'un sarcome synovial avec l'aspect histologique biphasique particulier dont nous reparlerons.

En 1927, 3 cas de tumeurs semblables sont relevés par SMITH, qui emploie le terme de synoviome.

Depuis, de nombreuses observations ont été l'objet de publications, mais aucune relative à des tumeurs localisées au pharyngolarynx.

Ce n'est qu'en 1954 que JERNSTROM publie le premier cas de sarcome synovial de l'hypopharynx.

En 1955, VERNON et MARTENS rapportent le second cas, suivis en 1956 par MAC CORMACK et PARKER, en 1957 par PRICOLO et CENCI, et en 1958 par YENERMEN.

La sixième et dernière observation relevée dans la littérature est celle d'EDGAR et HARRISON qui décrivent, en 1961, une tumeur thyroïdienne.

RAPPEL SUR LES SYNOVIALOMES MALINS DANS LEUR ENSEMBLE

Les synovialomes malins sont des tumeurs malignes, rares, habituellement retrouvées au niveau des membres. Elles se développent dans les tissus voisins des articulations et prennent leur origine dans la membrane synoviale, les gaines tendineuses ou les bourses séreuses.

Elles ont pour localisations habituelles les régions du genou, du pied, de la cuisse, de la cheville, de la main et du coude. EDGAR et HARRISON estiment que le sarcome synovial est le sarcome le plus fréquent de la main et du pied. Mais parmi les sièges que nous venons de citer, il en est un qui a une place d'élection certaine, puisque près de la moitié des synoviosarcomes se rencontre dans la région du genou. Certaines localisations inhabituelles de ces tumeurs ont été décrites dans la littérature. Parmi celles-ci, on en retrouve trois situées dans la paroi abdominale et quatre dans la paroi thoracique. STOUT parle également d'un sarcome synovial ayant envahi l'articulation scapulo-humérale gauche et la région sous-claviculaire chez un homme de trente-cinq ans. Il signale en outre avoir observé une tumeur semblable dans la région cervicale postérieure.

Ces néoplasmes peuvent apparaître à n'importe quel âge, mais ils se rencontrent avec plus de fréquence chez l'adulte jeune ; l'âge moyen étant de trente-deux ans. Il semble qu'il y ait une prépondérance du sexe masculin, puisqu'on trouve une proportion de trois hommes pour deux femmes quand on considère les synoviosarcomes dans leur ensemble.

Le symptôme initial de la maladie est habituellement la douleur, qui est en général modérée, souvent déclenchée par le mouvement et 25 % des malades notent, à l'origine de cette douleur, une histoire traumatique que l'on ne peut retenir comme ayant une réelle signification. Mais, malheureusement, la douleur n'est un signe d'avertissement que dans environ 50 % des cas ; aussi, bien souvent, le

malade n'est-il amené à consulter que lorsque apparaît, après une durée d'évolution plus ou moins longue, une tuméfaction augmentant progressivement de volume. La tumeur, dans le cas le plus fréquent de synoviosarcome développé au voisinage d'une articulation, peut se présenter sous un triple aspect : on se trouve en présence soit de petits nodules excentriques, pédiculés, facilement palpables, ayant pour point de départ une gaine tendineuse ou une bourse séreuse ; soit d'une masse tumorale plus ou moins développée en telle ou telle zone de la capsule qui est indemne dans le reste de son étendue ; soit enfin d'une néoplasie intéressant tous les éléments du tissu synovial. Ces deux derniers aspects se manifestant par une tuméfaction globale de l'articulation. Mais, quelle que soit la variété en cause, il est intéressant de noter que la douleur demeure très modérée avec quelques paroxysmes lors de poussées évolutives et que les mouvements ont conservé toute leur amplitude. Les téguments voisins sont en général sains, mais dans quelques rares cas très évolués ou après exérèse incomplète, le revêtement cutané peut s'ulcérer, laissant alors la masse néoplasique s'extérioriser.

L'examen radiologique permet de mettre en évidence la tumeur qui est souvent très bien circonscrite, mais qui peut envahir les tissus voisins, en particulier le tissu osseux.

Ce néoplasme, n'altérant pas l'état général pendant une longue période, est caractérisé par un développement lent. La durée d'évolution varie entre cinq mois et seize ans, et est en moyenne de cinq à sept ans. Mais, dans la grande majorité des cas, des métastases apparaissent plus ou moins rapidement et l'issue spontanée vers la mort est de règle.

Les métastases qui s'observent dans 61 % des cas, se font surtout par voie sanguine et également par voie lymphatique. Ce sont essentiellement des métastases pulmonaires (43 % des cas) et ganglionnaires (12 % des cas) ; les ganglions atteints étant les ganglions régionaux. On peut également retrouver des propagations à distance, cutanées (2 %), osseuses (1 %), cérébrales (1 %) et même des généralisations cancéreuses (2 %).

Le traitement chirurgical, et accessoirement par radiations, permet de prolonger la durée de vie des malades, mais malgré tout, il ne peut éviter l'apparition de métastases terminales ou de récidives locales (dans 60 % des cas), nécessitant des réinterventions plus larges et souvent des amputations.

On donne le chiffre peu encourageant de 20 % de survivants au delà de cinq ans, et encore faut-il noter que parmi ceux-ci, tous ne peuvent être considérés comme définitivement guéris.

Les synovialomes malins, malgré leur évolution assez lente, demeurent donc des néoplasies dont le pronostic reste très sombre. Les résultats thérapeutiques obtenus dans le cas particulier du sarcome synovial hypopharyngé semblent meilleurs, mais le nombre limité de cas observés ne nous permet guère d'être affirmatifs.

CLINIQUE

Les synovialomes malins de l'hypopharynx se rencontrent, autant que ces quelques cas nous permettent d'en juger, chez l'adulte jeune, quelquefois chez l'enfant. L'âge moyen est de vingt-quatre ans, le sujet le plus jeune ayant quatorze ans, le plus âgé trente-six ans.

La prépondérance du sexe masculin apparaît encore plus nettement que pour les synovialomes malins étudiés dans leur ensemble, puisque sur les 7 observations relevées, nous ne retrouvons qu'un seul cas féminin.

Dans les antécédents familiaux et personnels des sujets atteints de ces tumeurs, rien de particulier ne peut être retenu.

Le début de la maladie est insidieux et les premiers symptômes en date peuvent être :

- soit des signes latéro-cervicaux à type d'élargissement non douloureux, graduel et asymétrique du cou ;
- soit des troubles respiratoires réalisant une dyspnée inspiratoire, discrète au début ;
- soit enfin une dysphagie progressive, tout d'abord simple gêne non permanente à la déglutition des solides.

Ces symptômes pouvant apparaître simultanément ou, au contraire, offrir un caractère successif.

L'état général n'est pas modifié.

Après une durée d'évolution variant entre quelques mois et deux ans, le tableau se précise, et ce n'est souvent qu'à cette période que le malade vient consulter :

- La tuméfaction cervicale est plus nette et même quelquefois légèrement sensible.
- La dyspnée s'accroît, le malade pouvant présenter des accidents respiratoires paroxystiques.
- La dysphagie est plus intense, permanente, rebelle, bien entendu, à tous les soins locaux de l'oro-pharynx qui ont souvent

été prescrits à tort. Elle peut s'accompagner d'une sensation d'arrêt alimentaire au niveau de l'hypopharynx.

— Une certaine dysphonie apparaît souvent, mais reste en général très modérée.

— Dans une seule des observations (HARRISON), nous avons relevé une otalgie homo-latérale assez discrète.

L'état général, chez la plupart des malades, est resté inchangé. Mais dans le cas que nous avons observé, nous avons noté un amaigrissement important durant les deux derniers mois, accompagné d'asthénie et d'anorexie.

L'examen à cette période montre :

— Une tuméfaction latéro-cervicale habituellement facilement palpable, légèrement douloureuse à la pression, assez bien limitée, dont le siège se situe en moyenne au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, pouvant atteindre, en haut, la région sous-angulo-maxillaire et, en bas, la face latérale du cartilage thyroïde. Cette masse reste toujours strictement unilatérale. Elle est de consistance ferme et élastique, fixée aux plans profonds, mais recouverte par des téguments sains et non adhérents. On peut noter l'ascension du néoplasme à la déglutition lorsque celui-ci adhère au cartilage thyroïde.

— L'examen peut également montrer une légère déviation du larynx vers le côté opposé et toute tentative de réduction de la tumeur provoque une aphonie et une augmentation de la dyspnée.

— Les adénopathies cervicales sont rares, mais elles peuvent se voir, à type de gros ganglions peu douloureux, sans périadénite, dont l'analyse histologique montre le caractère inflammatoire, pouvant masquer par leur importance la palpation du néoplasme lui-même.

— La glande thyroïde ne présente aucune anomalie.

— L'examen laryngoscopique met en évidence la portion pharyngée de la tumeur, dont la base d'implantation se trouve le plus souvent dans la paroi postéro-latérale de l'hypopharynx. La masse néoplasique, plus ou moins volumineuse, d'aspect bourgeonnant, est recouverte par une muqueuse en général saine, mais pouvant quelquefois revêtir un aspect sphacélique. Le néoplasme comble tout l'hypopharynx intéressé et tend à s'appuyer à la paroi latérale du larynx qu'il dévie vers le côté opposé.

— La plupart du temps, la masse venant bomber au-dessus du larynx, celui-ci est inexaminable. Dans quelques cas, on peut néanmoins observer une certaine fixité de l'hémilarynx homo-latéral dans les mouvements d'adduction et d'abduction. Une telle altération cepen-

dant semble due exclusivement à une gêne mécanique. JERNSTROM, dans le cas qu'il a publié, a noté un empiètement important de la tumeur sur l'épiglotte qui paraissait très déformée.

— L'exploration digitale endo-pharyngée peut permettre d'atteindre le pôle supérieur du néoplasme qui ne saigne pas au contact et d'apprécier sa consistance élastique ainsi que sa relative fixité.

— Les radiographies de face et de profil du larynx mettent en évidence la masse tumorale qui comble complètement tout un sinus piriforme, repoussant le larynx vers le côté opposé sans l'envahir. Les tomographies de face montrent un aspect d'épaississement important du mur pharyngo-laryngé du côté de la tumeur.

— Les radiographies de l'hypopharynx, au cours ou après ingestion de gélobarine, confirment les altérations trouvées sur les clichés sans préparation, dessinent les contours de la tumeur qui sont arrondis ou polycycliques, toujours très nets, et permettent d'évaluer approximativement le volume de la masse.

— Les radiographies thoraciques sont strictement normales ainsi que tous les autres examens complémentaires. Tout au plus, peut-on noter une légère hyperleucocytose à polynucléaires.

Dans un tableau inspiré de celui d'EDGAR et HARRISON, nous résumons les principaux caractères relatifs à chacun des sept synoviales malins hypopharyngés actuellement connus.

AUTEURS	ANNEES	SEXE	AGE	CARACTERES CLINIQUES	TRAITEMENT	REMARQUES
JENNETHOM	1945	♂	21	Elargissement latéro-cervical gauche. Dyspnée - Dysphagie progressives. Tumeur palpable sous l'angle de la mandibule gauche située dans l'hypopharynx, empiétant sur l'épiglotte; obstruant la voie aérienne.	Tentative d'exérèse chirurgicale.	Synoviosarcome de 6 x 2,5 cm. Décès pendant l'intervention.
VERNON	1955	♂	21	Depuis Novembre 1951 : dysphagie. Découverte en Janvier 1952 d'une tumeur de l'hypopharynx gauche.	Tentative d'exérèse chirurgicale.	Synoviosarcome de 6 x 2,5 cm. Décès pendant l'intervention.
Mc. CORLACK	1956	♂	36	Elargissement latéro-cervical progressif depuis 2 ans.	Exérèse chirurgicale comprenant une partie de l'os hyoïde.	Synoviosarcome de 30 g. très adhérent à l'os hyoïde. En bonne santé 3 ans après intervention.
PRICOLI	1957	♂	35	Dysphagie depuis un an - dyspnée - dysphonie. Elargissement latéro-cervical gauche. Tumeur en regard de l'os hyoïde située dans la paroi latérale de l'hypopharynx gauche qui est obstrué.	Exérèse chirurgicale. Radiothérapie post-opératoire.	Synoviosarcome de 3 x 3 cm. Pas de rechute au bout de 10 mois.
YENEREN	1958	♀	25	Elargissement latéro-cervical depuis quelques mois.	Exérèse chirurgicale.	Synoviosarcome de 4 x 3 cm. Evolution non précisée.
HARRISON	1960	♂	16	Masse indolore de la région latéro-cervicale droite. Exérèse en Juillet 1958. Dg hémangiome. Mai 1959 récidive de la masse qui est légèrement douloureuse. Elargissement latéro-cervical droit. Otalgie droite.	Exérèse chirurgicale de la récidive englobant une portion de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde.	Synoviosarcome hypopharyngé 1,5 cm. de long. Evolution non précisée.
CLERC CACHIN	non publié	♂	14	Début en Août 1963. Amaigrissement. Dysphonie - Dysphagie modérées. Dyspnée Adénopathie sous digastrique et jugulo-carotidienne droite volumineuse. Tumeur de l'hypopharynx droit, bombant au dessus du larynx.	Exérèse chirurgicale. Adénectomie.	Synoviosarcome 65 g. en tissu : une partie endo-pharyngée; une partie endo-cervicale; ganglions inflammatoires.

EVOLUTION

Il est difficile de se faire une idée très précise de l'évolution des synovialomes malins hypopharyngés, en raison, d'une part, du très petit nombre de cas relevé jusqu'ici et, d'autre part, du fait que les observations ont été publiées après un temps de recul relativement court.

Néanmoins, plusieurs caractères de cette évolution peuvent être mis en relief :

Traités trop tardivement, ces néoplasmes semblent évoluer d'une manière aussi fatale que les synoviomes malins situés à d'autres endroits de l'organisme.

Mais la mort survient ici par accidents respiratoires aigus.

En effet, parmi les sept malades porteurs de ces tumeurs, deux sont décédés après avoir présenté des épisodes de dyspnée et d'apnée (JERNSTROM-VERNON). Il s'agissait de masses déjà très évoluées, venant bomber au-dessus du larynx, obstruant presque complètement le passage aérien. Malgré l'intubation trachéale et la tentative d'exérèse du néoplasme, ces malades n'ont pu survivre.

Contrairement à ce que l'on peut observer dans l'évolution des synovialomes malins articulaires, ces tumeurs dans leur localisation hypopharyngée ne paraissent pas être à l'origine de métastases. Ceci a été vérifié par l'autopsie pratiquée dans un des deux cas que nous venons de citer : œsophage et endolarynx étaient absolument normaux. On ne notait aucune dissémination pulmonaire, mais, par contre, les poumons étaient le siège d'une fibrose dense avec œdème important et épanchement pleural bilatéral. Il existait également une hypertrophie cardiaque droite notable.

Les métastases ganglionnaires n'ont jamais été observées et, dans le cas de notre malade qui était le seul à présenter une adénopathie cervicale importante, il s'agissait de ganglions simplement inflammatoires sans aucun signe de malignité intrinsèque ou métastatique.

Par contre, les récives après exérèse incomplète ne doivent pas être exclues. Ainsi, dans l'observation de HARRISON, une première

exérèse à minima avait été pratiquée en juillet 1958, le diagnostic d'hémangiome ayant été porté et, dès le mois de mai 1959, on assistait à une récurrence locale de la tumeur. Celle-ci fut alors enlevée chirurgicalement de façon très large et le diagnostic rectifié.

Mais, après un traitement suffisamment précoce et radical, on peut espérer être à l'abri d'accidents respiratoires ou de récurrences locales ; la meilleure illustration de ceci est le cas publié par MAC CORMACK, le malade étant toujours en bonne santé trois ans après l'intervention.

Il semble donc, à la lumière de ces quelques observations, que si les synovialomes malins hypopharyngés peuvent évoluer de façon très grave, leur pronostic est considérablement amélioré par un traitement précoce et bien conduit et, qu'en fin de compte, leur malignité paraît nettement inférieure à celle des synovialomes malins articulaires. Ceci étant peut-être, dû au pouvoir de dissémination moins grand que possèdent en général les cancers de la sphère O.R.L. par rapport à ceux du reste de l'organisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les synoviales articulaires, comme les gaines tendineuses qui les prolongent ou les bourses séreuses qui s'en isolent, sont formées par un dérivé spécialisé du mésenchyme. Il est fait d'une assise conjonctive lâche, richement vascularisée, supportant une couche mono-cellulaire présentant des propriétés particulières (macrophagie, sécrétion de mucine, plasticités morphologiques multiples) qui permettent — au moins sur le plan oncologique — d'assimiler ce revêtement aux mésothéliums des grandes séreuses.

Les tumeurs bénignes de la synoviale (kystes, xanthomes, fibromes, synovite villeuse, tumeur à cellules géantes) n'ont jamais été décrites au niveau de l'axe viscéral du cou.

Les tumeurs malignes de la synoviale forment une entité anatomoclinique particulière. Divers noms leur ont été donnés selon les théories qui président à l'embryologie de la synoviale, donc à l'histogénèse de ses tumeurs : mésothéliome malin, synoviosarcome, sarco-endothéliome, etc. En raison même de ces incertitudes, le terme de synovialome malin paraît plus adapté. Il est simplement descriptif et n'infère aucune nosologie.

1) *Macroscopiquement*, ces tumeurs apparaissent volontiers encapsulées. En réalité, il s'agit d'un refoulement et d'un tassement du tissu conjonctif périphérique et non pas d'une capsule vraie, clivable. La forme de la tumeur, son caractère uni ou multinodulaire, ses possibles prolongements dépendent des conditions locales de son développement c'est-à-dire de la résistance des structures avoisinantes. La consistance est ferme ou élastique. La tranche de section est de couleur gris-rosé, souvent parsemée de plages hémorragiques ou nécrotiques, pouvant évoluer vers des îlots de calcification ou d'ossification.

2) *Microscopiquement*, les synovialomes malins se comportent comme les mésothéliomes. Ils en ont la plasticité et vont associer deux aspects morphologiques.

Le premier est sarcomatoïde : trousseaux entrecroisés et intéressés par le microtome sous diverses incidences, de cellules à morphologie fibroblastique qui s'entourent d'un réseau plus ou moins dense de fibres de réticuline et de collagène. Atypies nucléaires, mitoses, lacunes sanguines directement bordées par les cellules tumorales signent, au microscope, la malignité de cette prolifération conjonctive.

Le second a une morphologie épithéliomateuse. Les cellules, polygonales ou cylindriques, sont disposées en cordons pressés les uns contre les autres. Au sein de ces cordons se dessinent des cavités glanduliformes (tumeurs adénomatoïde), ou des fentes (tumeur endothéliforme). Cavités glanduliformes et fentes sont plus ou moins remplies d'un produit de sécrétion prenant les colorants du mucus (mucicarmin, acide périodique SHIFF) et qui contient essentiellement de l'acide hyaluronique.

Ces deux composants sont intimement associés, mais leur abondance relative varie d'une tumeur à une autre, et même d'une zone à une autre dans une même tumeur ou encore d'une tumeur à ses métastases. Parfois l'impression d'ensemble n'est que d'un sarcome fibroblastique ; ailleurs la tumeur simule un épithélioma ; en réalité, une étude attentive permet toujours de retrouver le caractère diphasique qui est le meilleur critère diagnostique des synovialomes malins.

L'histogénèse des synovialomes malins a bénéficié des travaux expérimentaux, en particulier de la culture de tissu ; MURRAY et STOUT ont ainsi pu montrer que prolifèrent seuls *in vitro* les éléments à morphologie épithéliale. Il est donc vraisemblable que le composant sarcomatoïde n'en est qu'une forme indifférenciée ; on a proposé de leur donner le nom de synovioblastes.

Quoi qu'il en soit, sur le plan du diagnostic microscopique les caractères majeurs sont le diphasisme de la tumeur avec, dans les formes les plus conjonctives, au moins la présence de « fentes », et la sécrétion d'acide hyaluronique.

ORIGINE

L'apparition de synovialomes malins, au niveau de l'hypopharynx a pû paraître pour beaucoup d'auteurs assez difficile à expliquer ; ces tumeurs se développant dans une zone apparemment dépourvue de tissu synovial.

Mais en fait, une étude anatomique de la région cervicale antéro-latérale montre bien l'existence de petites formations de nature synoviale.

Ce sont principalement :

— La bourse séreuse de BOYER qui sépare le ligament thyro-hyoïdien médian de l'aponévrose moyenne des muscles thyro-hyoïdiens et de la face postérieure de l'os hyoïde. Une telle bourse séreuse présente souvent de nombreuses variations morphologiques, émettant fréquemment des prolongements médians et latéraux ;

— La membrane synoviale de l'articulation crico-thyroïdienne. Cette articulation, unissant la petite corne du cartilage thyroïde à la facette articulaire thyroïdienne du cricoïde est maintenue par une capsule articulaire tapissée par une synoviale ;

— Plus accessoirement, citons les gaines tendineuses des muscles stylo-hyoïdien, stylo-glosse et stylo-pharyngien.

Enfin, l'articulation crico-arythénoïdienne est également pourvue d'une synoviale, mais celle-ci n'est certainement pas à l'origine de tumeurs hypopharyngées, qui ne présentent aucune atteinte de l'endolarynx.

L'origine des synovialomes malins, à partir des structures synoviales que nous venons de citer semble confirmée lors de l'exérèse de ces tumeurs. En effet, dans l'observation recueillie par PRICOLO, celui-ci notait que le néoplasme entraînait nettement en contact avec la bourse de BOYER. D'autre part, dans certains cas, on a noté une adhérence intime de la masse tumorale à l'os hyoïde ou au cartilage thyroïde, surtout en regard de l'articulation crico-thyroïdienne.

Mais il existe des synovialomes malins hypopharyngés tout à fait indépendants de ces structures synoviales. Comment alors expliquer leur existence ?

KEY et WOLCOTT ont contribué de façon substantielle à éclairer ce problème. Ils montrent en effet la transformation des éléments du tissu connectif en structures synoviales et la formation de bourses adventives à la suite d'une synovectomie totale chez l'animal. Ces structures sont indistingables histologiquement de celles rencontrées normalement. Et les tissus ainsi néoformés peuvent aussi bien avoir un développement bénin que subir une transformation cancéreuse.

Ceci laisse à supposer qu'il pourrait en être de même au niveau de l'hypopharynx ; que des bourses séreuses adventices pourraient se développer à la suite, peut-être, de phénomènes mécaniques ou inflammatoires.

En conclusion, il semble bien que les synovialomes malins de l'hypopharynx n'aient pas une origine particulière. Comme les néoplasmes développés au niveau des articulations des membres, ils paraissent être issus des éléments synoviaux régionaux ; que ces éléments soient normaux ou au contraire le résultat d'une néoformation.

DIAGNOSTIC

Dans sa localisation hypopharyngée tout à fait rarissime, le synovialome malin est d'un diagnostic extrêmement difficile et, en fait, le seul critère de certitude repose sur l'analyse histopathologique de la pièce opératoire.

En effet, que l'attention soit attirée par une masse cervicale latéro-médiane, ou qu'au contraire les signes hypopharyngés dominent, les caractères cliniques de la tumeur ne sont que bien peu évocateurs.

Seulement, il existe plusieurs points qui méritent d'être retenus. Ce sont :

- d'une part, le caractère bien circonscrit du synovialome malin et son développement en général sous muqueux, repoussant les organes voisins sans les envahir. Les clichés radiologiques mettent bien en évidence l'intégrité de ces organes ; ce fait sera confirmé lors de l'intervention ;
- d'autre part, sa relative lenteur d'évolution.

Il est bien évident que la biopsie devra être pratiquée lorsqu'elle sera possible, tous les moyens devant être mis en œuvre pour étayer le diagnostic, mais il faut noter que, dans tous les cas où elle a été faite, l'examen microscopique n'a pas pu donner de réponse nette. Ceci étant dû surtout à la difficulté de prélever par la biopsie au moins un nodule typique.

D'autre part, certains auteurs ont noté le fait qu'une biopsie large pouvait favoriser les métastases.

En fin de compte, seul l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire, effectué sur de nombreuses coupes, pourra mettre en évidence l'aspect biphasique caractéristique du synovialome malin, révélant ainsi un diagnostic jusque-là, en général, insoupçonné.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Devant un tableau tel que celui présenté par le synovialome malin de l'hypopharynx associant une symptomatologie pharyngo-laryngée à des signes latéro-cervicaux, plusieurs diagnostics pourront être évoqués, mais on pensera surtout à la possibilité d'une tumeur parapharyngée.

Si le tableau est moins net et si les signes cervicaux prédominent, on pourra évoquer une adénopathie, si fréquente dans cette région.

I. — LES TUMEURS PARA-PHARYNGEES

Parmi ces tumeurs, nous envisagerons surtout celles de l'espace sous-parotidien postérieur, tumeurs en général neurogènes, capables de provoquer un bombement important de la paroi latérale du pharynx. Nous citerons :

1) LE SCHWANNOME d'un des nerfs de l'espace sous-parotidien postérieur. La tumeur est palpable à la partie haute de la gouttière carotidienne et est visible en arrière du pilier postérieur de l'amygdale, faisant bomber la paroi latérale du pharynx. La consistance au doigt est ferme et élastique. Une atteinte des quatre dernières paires crâniennes et du sympathique cervical doit être recherchée, bien que souvent, il n'existe aucune symptomatologie nerveuse.

2) LA NEUROFIBROMATOSE DE RECKLINGHAUSEN : une tumeur nerveuse du cou peut en être le symptôme révélateur. La tumeur est soit unique, soit en chapelet. Le diagnostic est fait par la recherche d'autres localisations et des autres manifestations de la maladie (taches pigmentaires, tumeur cutanée).

3) UN GLIOME DU SYMPATHIQUE, relativement plus fréquent. Développé surtout aux dépens du ganglion cervical supérieur. Un syndrome de Claude Bernard HORNER peut aider à faire le diagnostic, mais il est loin d'être constant.

4) UNE TUMEUR DU CORPUSCULE CAROTIDIEN : c'est le paragangliome non chromaffine du cou le plus fréquent. Généralement unilatérales, ces tumeurs cervicales sont allongées au bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien, en regard de la grande corne de l'os hyoïde, de limites imprécises, fermes, non douloureuses, seulement mobiles dans le sens transversal.

A cette tuméfaction peuvent s'associer des troubles divers, inconstants, traduisant la participation du pneumogastrique ou du sympathique.

Nous ajouterons la possibilité d'un *cancer d'une thyroïde latérale aberrante*. Mais ce diagnostic doit être avancé avec prudence, car il peut s'agir plus simplement d'un ganglion cancéreux méastatique d'un cancer thyroïdien de petit volume passé inaperçu.

II. — LES ADENOPATHIES

A) LES ADENOPATHIES CERVICALES MALIGNES

• LES CANCERS

1) L'ADÉNOPATHIE MÉTASTATIQUE D'UN ÉPITHÉLIOMA

Elle constitue de beaucoup le cas le plus fréquent. L'adénopathie est parfois multiple, comportant plusieurs éléments de la taille d'une amande environ, durs, indolents, mobiles ; il peut s'agir dans d'autres cas d'un ganglion unique qui peut être mobile ou fixe, en général indolore mais parfois sensible à la palpation ; le caractère majeur de ces ganglions réside dans leur dureté ligneuse.

La recherche de l'épithélioma primitif doit être menée systématiquement :

1) La tête et le cou. On explore soigneusement la peau, les glandes salivaires, le corps thyroïde.

2) L'examen O.R.L. constitue le temps essentiel de cette recherche pouvant mettre en évidence :

— un cancer de l'amygdale palatine qui peut se présenter sous l'aspect d'un noyau dur, intra-amygdalien, décelé seulement

par le toucher, d'une petite ulcération que découvre la réclinaison du pilier antérieur, d'un discret bourgeonnement du fond du sillon glosso-amygdalien ;

- un cancer de la base de la langue qui ne se manifeste au début que par une faible voussure asymétrique au niveau de laquelle la palpation révèle l'induration profonde ;
- un cancer du cavum ; la rhinoscopie postérieure a souvent du mal à le montrer au pourtour d'un orifice tubaire ; il est parfois difficile de le distinguer d'un reliquat lymphoïde, mais le toucher le fait saigner. L'examen au pharyngoscope peut donner des indications utiles ;
- un cancer du sinus piriforme qui constitue et de loin la tumeur primitive le plus souvent en cause. Il est aussi le plus difficile à déceler et à affirmer. S'il se présente parfois sous l'aspect d'un bourgeon faisant issue du sinus piriforme, bien souvent il ne se laisse que soupçonner (diminution de mobilité d'un hémilarynx, déplissement incomplet d'un sinus dans la phonation). L'examen radiologique apporte des éléments intéressants : défaut d'injection d'un des sinus piriformes par la baryte, épaississement de l'hémipharyngo-larynx sur les toмоgraphies de face.

La biopsie de la tumeur, l'adénogramme et au besoin la biopsie ganglionnaire permettent en général de confirmer le diagnostic.

2) L'ADÉNOPATHIE DES SARCOMES

Elle constitue le cas le plus rare. L'adénopathie est en général cervicale latérale, haute ou sus-claviculaire. Son apparition est annoncée par une sensation de gêne dans le cou. Elle peut être unique ; en tous cas, elle grossit rapidement, pouvant atteindre le volume d'un œuf en quelques semaines. Arrondie ou bosselée, peu mobile, elle est d'une dureté notable. Elle peut sembler souvent isolée, mais un examen minutieux permet souvent de mettre en évidence une tumeur sarcomateuse du cavum ou de l'amygdale.

L'adénogramme et la biopsie ganglionnaire font immédiatement le diagnostic et précisent la variété du sarcome : lymphosarcome ou réticulo-sarcome.

Le bilan hématologique qui, le plus souvent, ne décèle rien d'anormal, se fait à la recherche d'altérations du sang et de la moelle de type leucosique, l'adénopathie faisant partie d'un tableau de leucosarcomatose.

• LES HEMOPATHIES

1) L'ADÉNOPATHIE DE LA MALADIE DE HODGKIN

L'apparition d'une adénopathie cervicale isolée constitue le mode de début le plus fréquent de cette affection.

Le ganglion est parfois unique, de taille très variable ; il est parfois entouré d'autres ganglions plus petits. Ce sont des ganglions arrondis ou ovoïdes, de consistance ferme, élastique, mobiles et indolores. L'évolution se fait par poussées, avec atteinte d'autres aires ganglionnaires (ganglions axillaires et médiastinaux supérieurs). Le contexte clinique oriente souvent le diagnostic (fièvre plus ou moins discontinue, prurit, splénomégalie modérée). La cuti est souvent négative. L'hémogramme montre une leucocytose modérée avec polynucléose neutrophile et éosinophile. Enfin, l'adénogramme et la biopsie ganglionnaire viendront confirmer le diagnostic en montrant des cellules de Sternberg au milieu d'un polymorphisme cellulaire caractéristique du granulome.

2) L'ADÉNOPATHIE DE LA LEUCÉMIE LYMPHOÏDE

La localisation cervicale de l'adénopathie est assez fréquente dès le début, elle est le plus souvent symétrique. Elle n'est en général pas isolée, les autres aires ganglionnaires étant aussi envahies. Toutes les tailles sont possibles, depuis l'énorme masse ganglionnaire jusqu'aux petits ganglions décelables à la palpation. L'hémogramme (leucocytose de 20 à 100.000 G.B., lymphocytose) et le myélogramme (lymphomonocytose médullaire) suffisent en général au diagnostic.

Cependant, dans les cas où le sang et même la moelle sont normaux, l'adénogramme fait le diagnostic. Il montre un monomorphisme cellulaire remarquable à petits et grands lymphocytes.

3) L'ADÉNOPATHIE DE LA LEUCOSE AIGUE

Elle présente des caractères semblables ; il arrive là aussi qu'une adénopathie cervicale constitue le premier symptôme. Mais le contexte clinique est en général assez évocateur (signes bucco-pharyngés, hémorragie, douleurs, anémies).

Là aussi, c'est dans le cas où le bilan hématologique n'est pas concluant (crypto-leucose) que l'adénogramme, voire la biopsie ganglionnaire, font le diagnostic en révélant l'hyperplasie monomorphe à lymphoblastes.

4) LA MALADIE DE BRILL-SYMMERS

Elle peut débiter par un ou plusieurs ganglions cervicaux, de siège quelconque, de volume rapidement important, fermes, mobiles, sans atteinte de l'état général. D'autres aires ganglionnaires peuvent être intéressées. L'évolution se fait, malgré une rémission de quelques années, due au traitement, vers la mort par généralisation sarcomeuse. Seule la biopsie ganglionnaire permet le diagnostic en révélant les modifications caractéristiques du lymphome giganto-folliculaire.

B) LES ADENOPATHIES SPECIFIQUES

• LES ADENITES TUBERCULEUSES

Il s'agit exceptionnellement de l'adénopathie satellite d'un chancre d'inoculation ; le plus souvent, il s'agit d'adénites tuberculeuses apparemment isolées, fréquentes au cours de la deuxième enfance et chez l'adulte jeune. Elle se manifeste soit sous la forme polyganglionnaire, soit sous l'aspect du lymphome tuberculeux. Ce dernier se voit plutôt chez l'adulte. C'est une masse volumineuse, d'apparition souvent rapide, dure, fixée aux plans profonds, simulant parfois complètement une adénopathie maligne. L'évolution est extrêmement lente et torpide, avec des poussées et des régressions pendant des années. Cette adénopathie aboutit à la longue à la résorption ou à la suppuration. Le diagnostic s'appuie avant tout sur le contexte pulmonaire, la ponction ganglionnaire avec recherche de B.K.

• LA MALADIE DE BESNIER-BOECK-SCHAUMANN

L'affection peut être révélée par la découverte de petits ganglions cervicaux, fermes, mobiles, roulant sous le doigt, non douloureux. D'autres aires ganglionnaires peuvent être atteintes et en particulier les ganglions épitrochléens. Une recherche systématique d'autres localisations de la réticulose devra être effectuée. La cuti est souvent négative. Seule la biopsie ganglionnaire permet de faire le diagnostic.

C) LES ADENITES INFLAMMATOIRES

Elles sont annoncées par la douleur et une certaine impotence fonctionnelle. L'engorgement ganglionnaire est constitué par un ou plusieurs ganglions tuméfiés, sensibles, plus ou moins fixés entre eux,

dans la profondeur, pas une gangue de périadénite. L'évolution se fera en quelques jours, soit vers la résolution, soit vers la suppuration : la douleur devient de plus en plus vive, la peau s'œdématie, rougit, adhère à la masse, la fluctuation apparaît.

Une porte d'entrée cutanée, dentaire ou pharyngée sera toujours recherchée.

Nous voyons donc qu'une tumeur aussi exceptionnelle que le synovialome malin de l'hypopharynx peut faire penser à un grand nombre d'affections qu'il sera plus ou moins facile d'éliminer ; mais le diagnostic essentiel de ce néoplasme sera avant tout celui des tumeurs para-pharyngées.

TRAITEMENT

Le succès thérapeutique dépend avant tout de la suppression complète de la tumeur avant que ne surviennent les complications.

Ce traitement sera essentiellement de deux ordres : chirurgical et par radiations.

La thérapeutique chirurgicale, qui est celle utilisée le plus couramment, réside en une énucléation totale de la masse tumorale. Les modalités d'intervention varient légèrement selon le siège exact de la tumeur mais, d'une façon générale, l'exérèse se fait par pharyngotomie latérale avec incision au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, qui est récliné, et dissection cervicale permettant de libérer le néoplasme des diverses structures régionales qui l'entourent. Il existe alors, le plus souvent, un plan de clivage qui permet d'enucléer le synovialome malin, en général par simple manœuvre digitale. Dans les cas peu évolués (comme celui relevé dans l'observation de PRICOLO), il est possible de le décoller de la muqueuse pharyngée sans pratiquer une résection de celle-ci. Mais d'autres fois, en raison de la fréquente adhérence intime aux structures du larynx et de l'hypopharynx, l'exérèse totale de la tumeur peut nécessiter une pharyngectomie plus ou moins large, associée ou non à une laryngectomie partielle, exceptionnellement totale.

Souvent, il existe un point d'attache important sur la grande corne de l'os hyoïde la partie sous-jacente de la membrane thyro-hyoïdienne, qui impose la résection partielle de ces éléments. Ce n'est qu'à ce prix que l'on pourra assurer une exérèse radicale avec une marge adjacente de tissu sain suffisante.

L'évidement ganglionnaire n'est pas systématique, l'envahissement des chaînes cervicales n'ayant jamais été observé dans les synovialomes malins hypopharyngés ; mais la prudence commande tout de même l'ablation de tout ganglion cliniquement anormal et son analyse histologique.

Même si l'état respiratoire ne nécessite pas de trachéotomie, il sera bon de la pratiquer avant le début de l'intervention elle-même, afin de mettre à couvert de risques inutiles.

Bien que l'on puisse retrouver dans la littérature quelques cas de synovialomes malins, localisés n'importe où dans l'organisme, traités par la radiothérapie seule et guéris depuis plus de cinq ans, il semble que les résultats de cette thérapeutique soient fort douteux. Aussi n'a-t-elle jamais été tentée comme traitement fondamental sur les tumeurs situées dans l'hypopharynx.

Il semble tout de même que la radiothérapie puisse avoir un intérêt dans certains cas.

Considérée comme thérapeutique post-opératoire, elle est préconisée par quelques auteurs, et en particulier par PRICOLO qui l'a utilisée. Mais, l'observation recueillie par ce dernier a été publiée avec un temps de recul trop bref pour que l'on puisse en tirer une conclusion.

Il serait également intéressant d'étudier l'action de radiations plus pénétrantes (Cobalt 60) sur ces néoplasmes. Mais ce rôle ne sera, là aussi, qu'un rôle complémentaire de la chirurgie puisque, comme nous l'avons vu, le diagnostic de ces tumeurs ne peut, en pratique, se faire que grâce à l'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

OBSERVATION CLINIQUE

- *Le 1^{er} septembre 1963 :*

L'enfant D..., J..., quatorze ans, est adressé par ses parents à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul (Docteur CLERC) pour un ensemble de troubles hypo-pharyngo-laryngés.

- *Avril 1963 :*

Dès le mois d'avril 1963, ce malade aurait présenté des adénopathies assez généralisées, difficiles à faire préciser, mais à prédominance sous-maxillaire. Comme ces adénopathies étaient contemporaines d'une petite éruption non caractérisée, le diagnostic de rubéole aurait été porté.

- *Le 10 août 1963 :*

Alors qu'il se trouve en colonie de vacances, l'enfant présente un mal de gorge avec dysphagie (on ne peut faire préciser s'il y a eu élévation thermique). Un traitement d'angine banale par pénicilline intra-musculaire et soins locaux est institué. Devant la persistance des troubles, une laryngoscopie indirecte, dont nous n'avons pu obtenir le résultat, est pratiquée.

- *Le 25 août 1963 :*

A son retour de vacances, l'enfant présente d'une part un amaigrissement important (de 5 kg en deux mois) avec anorexie, d'autre part une dysphonie et une dysphagie modérées. Malgré cette notion d'altération de l'état général, le diagnostic de rhino-pharyngite est porté en ville, et un traitement par hexacycline prescrit, sans aucune amélioration. Ceci conduit les parents à consulter au Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul. Le diagnostic de tumeur du pharynx est porté et l'enfant adressé au Service de Pédiatrie de l'Institut Gustave-Roussy (Docteurs SCHEISGLUTH, BAMBERGER), le 2 septembre 1963.

L'enfant présentant alors une difficulté respiratoire mais sans tirage vrai, est transféré le jour même dans le Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Institut Gustave-Roussy (Docteur CACHIN).

Dans les antécédents personnels de l'enfant, à part les maladies d'enfance banales, on ne relève que la notion d'otites à répétition dans le jeune âge et de ronflements fréquents la nuit depuis plusieurs mois.

— A l'entrée du malade dans le Service, on note : une adénopathie cervicale droite, de la région sous-digastrique et jugulo-carotidienne, formant un paquet de 5 cm $\times$ 5 cm, dans lequel on peut isoler trois ganglions assez durs.

— A l'examen au miroir laryngé, une tumeur sphacélique et bourgeonnante d'aspect pédiculé et dont la base d'insertion semble être située sur la paroi pharyngée latérale droite et la paroi postérieure.

La paroi latérale droite du pharynx est congestive et un peu refoulée.

La lésion comble tout l'hypopharynx et vient bomber au-dessus du larynx. L'épiglotte est normale au niveau de son bord libre. Le volume de la tumeur masque l'examen du larynx.

Les radiographies du larynx montrent (*fig. 1*), sur le profil, une très volumineuse tumeur polycyclique occupant toute la région de l'hypopharynx. Cette tumeur est libre sur la paroi postérieure et refoule le larynx et l'épiglotte sans l'envahir.

Sur les tomographies de face, on note l'opacité polycyclique de la région des vallécules avec important épaissement du mur pharyngo-laryngé droit.

L'image thoracique est normale.

L'examen hématologique montre un chiffre de globules rouges normal, une leucocytose à 9.300 avec 6.300 éléments polynucléés et 3.000 mononucléés.

L'urée est à 0,15 g %, la glycémie à 1,09 g %.

● *Le 4 septembre 1963 :*

Le tirage de l'enfant s'accroissant, on est amené à pratiquer d'urgence une trachéotomie verticale sous-isthmique.

Une biopsie de l'hypopharynx est effectuée le même jour. L'examen microscopique montre, à côté de zones complètement nécrotiques ou suppurées, des plages tissulaires associant deux types de prolifération : le premier est formé d'éléments d'apparence glandulaire sans caractère morphologique de sécrétion ; le second est de caractère conjonctif sans irrégularité nucléaire, mais avec quelques très rares mitoses.

Le prélèvement ne permet guère de conclusion définitive sur la nature réelle de la lésion.

● *Le 6 septembre 1963 :*

Une adénectomie est pratiquée avec exérèse d'un volumineux ganglion sous-digastrique droit.

L'analyse histologique montre un ganglion en hyperplasie irritative réactionnelle banale sans signe de malignité intrinsèque ni métastatique.

● *Le 16 septembre 1963 :*

On effectue l'exérèse de la tumeur para-pharyngée par pharyngotomie latérale droite :

— on reprend l'incision d'adénectomie qui est prolongée vers le bas au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ;

— on dégage les bords du sterno-cléido-mastoïdien et la jugulaire interne ;

- on ligature le tronc thyro-linguo-facial ;
- on retire quelques ganglions situés immédiatement au-dessus du ventre postérieur du digastrique.

La masse tumorale apparaît immédiatement en avant de l'axe carotidien qui est libéré.

On ligature l'artère thyroïdienne supérieure ; l'artère linguale n'est pas liée.

Le corps thyroïde est libéré et récliné vers le bas.

On trouve un plan de clivage au contact même de la tumeur, qui permet de la libérer progressivement en haut du ventre postérieur du digastrique et de la corne de l'os hyoïde en respectant le nerf grand hypoglosse.

En arrière, la tumeur se clive facilement jusqu'à la paroi pharyngée.

En bas, on peut libérer la grande corne du cartilage thyroïde.

Un diverticule tumoral pénètre dans le pharynx au niveau de la membrane hyothyroïdienne et le pharynx est ouvert à ce niveau en avant de la tumeur.

On résèque le pharynx à un bon centimètre au delà du point de pénétration tumoral, ce qui permet une exérèse en bloc de la portion exo et endo-pharyngée de la tumeur.

On pratique la fermeture du pharynx au catgut. Un plan musculaire complet peut être reconstitué avec les constricteurs.

On met en place un drain aspiratif. On ferme la peau avec catgut et lin.

EXAMEN MACROSCOPIQUE de la pièce opératoire (*fig. 2 et 3*)

La tumeur para-pharyngée, qui pèse 65 g, apparaît en bissac avec une partie endo-pharyngée et une partie endo-cervicale plus volumineuse.

La partie endo-pharyngée est grossièrement sphérique, d'un diamètre de 25 à 30 mm.

Elle apparaît recouverte sur sa majeure partie par la muqueuse pharyngée, de couleur blanchâtre. Le bord supérieur est cruenté. La portion cervicale est grossièrement quadrangulaire avec une hauteur de 55 mm, une largeur et une épaisseur de 35 à 40 mm.

La surface est irrégulière et bosselée.

La consistance est également irrégulière.

A l'ouverture de la pièce, la tumeur apparaît de coloration jaunâtre, formée de petits lobules de quelques millimètres de diamètre, agglutinés les uns aux autres avec de discrets remaniements hémorragiques. On note une zone nécrotique dans la partie supérieure de la portion endo-pharyngée.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (*fig. 4 et 5*)

Morphologiquement, la tumeur montre une disposition biphasique, à savoir :

- d'une part, des formations d'allure épithéliale, soit glanduliformes, soit à disposition papillaire. En quelques zones, ces cellules s'orientent autour de « fentes ». Les espaces glandulaires contiennent des débris nécrotiques et une substance mucoïde ;

— d'autre part, une prolifération polymorphe à cellules fusiformes de type fibrocytaire, richement vascularisée.

Sur certaines des coupes, il existe des plages de remaniements hémorragiques ou myxomateux et parfois quelques cellules spumeuses.

La partie endo-pharyngée de la tumeur est recouverte d'une muqueuse malpighienne normale.

Les ganglions trouvés au contact de la tumeur et le ganglion sous-maxillaire postérieur sont normaux.

Sur cette base histologique, le diagnostic de synovialome malin est porté, malgré l'extrême rareté de cette localisation.

Les suites opératoires sont excellentes, sonde et canule sont enlevées respectivement aux huitième et onzième jours.

Le malade quitte l'Institut Gustave-Roussy le 5 octobre 1963.

Son état général est alors satisfaisant.

Localement, on note :

— une infiltration au niveau de la cicatrice opératoire ;

— un œdème intéressant le repli ary-épiglottique droit et le sinus pisiforme droit entraînant une gêne très modérée de la respiration.

Le reste du larynx est parfaitement normal.

On ne relève aucune adénopathie cliniquement décelable.

L'enfant est suivi régulièrement tous les huit jours d'abord, puis tous les mois en consultation.

La mobilité de l'hémilarynx droit redevient progressivement normale, tandis que l'œdème disparaît peu à peu.

Au dernier examen, datant du 14 mai 1964, tout signe fonctionnel a disparu. L'état général est excellent et, au point de vue local, seule persiste une cicatrice chéloïdienne cervicale.

CONCLUSIONS

Si le synoviome malin localisé à l'hypopharynx est une affection d'une extrême rareté, il pose un certain nombre de problèmes particuliers que nous nous sommes efforcés de mettre en relief dans cette étude.

Tout d'abord, comme nous avons pu le voir dans les 6 observations déjà publiées et à propos de notre malade, les caractères cliniques de la tumeur ne sont que bien peu évocateurs, associant la plupart du temps une symptomatologie hypopharyngolaryngée à des signes latéro-cervicaux.

Le diagnostic de synoviome malin hypopharyngé étant un diagnostic d'exception, il ne devra être envisagé qu'après élimination systématique de toutes les autres lésions tumorales pouvant être incorporées dans le cadre pharyngo-cervical, et principalement des tumeurs para-pharyngées.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire n'est, comme nous avons pu l'observer, que la seule façon d'établir ce diagnostic avec certitude, mettant en évidence le bimorphisme particulier de la tumeur, caractère qui échappe souvent lors de l'analyse biopsique.

L'origine de cette affection, bien que très discutée, peut tout de même être précisée. Il semble bien, en effet, que cette tumeur se développe à partir du tissu synovial cervical, normal ou néoformé.

Malgré une évolution qui semble moins maligne que pour les autres localisations, le traitement du sarcome synovial hypopharyngé devra être mis en œuvre rapidement, avant l'apparition de troubles de compression importants, mettant la vie du malade en danger et peut-être de métastases.

Ce traitement sera essentiellement d'ordre chirurgical, complété au besoin par la radiothérapie.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
AUBRY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BENNETT (G.A.). — Malignant neoplasme originating in synovial tissues (synoviomata). (*J. Bone and Joint Surg.*, 1947, **29**, 259-291.)
- BERGER (L.). — Synovial sarcomas in serous bursae and tendon sheaths. (*Am. J. Cancer*, 1938, **34**, 501-539.)
- BERKHEISER (S.W.). — Synovioma-like tumor (synovial sarcoma) of the abdominal wall. (*Ann. of Surg.*, 1952, **135**, n° 1, 114-117.)
- BRIGGS (C.D.). — Malignant tumors of synovial origin. (*Ann. Surg.*, 1942, **115**, 413-426.)
- CACHIN (Y.). — Diagnostic des adénopathies cervicales malignes. (*Revue de Médecine Pratique*, janvier 1959.)
- CHASSAIGNAC (M.). — Myélome des gaines tendineuses à point de départ osseux. (*Rev. de Chir. Paris*, 1898, **17**, 232.)
- COLEY et PIERSON. — *Surgery*, 1937, **1**, 113.
- DE GRAILLY (R.) et LÉGER (H.). — Les tumeurs articulaires malignes. (Paris, Masson éd.)
- DE SANTO (D.A.), TENNANT (R.) et ROSAHN (P.D.). — Synovial sarcomas in joints, bursal and tendon sheaths: clinical and pathologic study of sixteen cases. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1941, **72**, 951-981.)
- DIEZ (J.). — *Prensa Medica Argent.*, 1931, **18**, 487.
- EDGAR (G.), HARRISON (M.D.), MARDEN BLACK (M.D.), KENNETH (D.), DEVINE (M.D.). — *Archives of Pathology*, février 1961, **71-2**, 137-141.
- EISENBERG (R.B.) et HORN (R.C.). — Synovial sarcoma of the chest wall. (*Ann. J. Path.*, 1950, **131**, 281-286.)
- FISHER (H.R.). — Synovial sarcomesthelioma (sarcoendothelioma). (*Am. J. Path.*, 1962, **18**, 529-553.)
- GEILLER. — Die synovialome. Morphologie und Pathogenie. (Berlin, Springer-Verlag, 1961.)

- HAAGENSEN (C.D.) et STOUT (A.P.). — Synovial sarcoma. (*Ann. Surg.*, 1944, **120**, 826-842.)
- JERNSTROM (P.). — Synovial sarcoma of the pharynx : report of a case. (*J. Clin. Path.*, 1954, **24**, 957-961.)
- LEJARS et RUBENS-DUVAL. — Les sarcomes primitifs des synoviales articulaires. (*Rev. de Chir. Paris*, 1910, **41**, 750.)
- LEWIS (R.W.). — Roentgen recognition of synovioma. (*Am. J. Roentgenol.*, 1940, **44**, 170-174.)
- MAC CORMACK (L.J.) et PARKER (W.). — Malignant synovioma. Synoviome report of 2 unusual cases. (*Cleveland Clin. Quart.*, octobre 1956, **23**, 250-254.)
- MALAN (A.). — *Arch. Ital. Laringologia*, 1921, **4**.
- MARSH (H.). — Discussion of cases of sarcoma of synovial membrane of the Knce joint. (*Lancet*, 1902, **1**, 1398.)
- MARTENS (V.E.). — Unusual synovial tumors. (*J. Am. Med. As.*, 1955, **157**, 888.)
- MARTIN, NOEL-GUICHARD, FÉROLDI. — *Journ. de Méd. de Lyon*, 1951, 155.
- HUET (P.C.). — *Ann. Otolaryng. de Paris*, 1952, 69.
- MURRAY (M.R.), STOUT (A.P.) et POGOGIEFF (I.A.). — Synovial sarcoma and normal synovial tissues cultivated *in vitro*. (*Ann. Surg.*, 1944, **120**, 843-851.)
- PACK (G.T.) et ARIEL (I.M.). — *Surgery*, 1950, **6**, 1047-1084.
- PELLISSIER (A.) et coll. — *La Presse Médicale*, 1952, **82**, 1788.
- PRICOLO (V.) et CENCI (N.). — Sinovioma maligno dell ipofaringe. (*Minerva Otorinol.*, juillet 1957, **7**, 218-222.)
- SABRAZES (J.), MONTPELLIER (J.), DUBOUCHER (D.) et DE GRAILLY (R.). — Synovialomes métatypiques et tumeurs articulaires primitives bénignes et malignes sans caractère organoïde marqué. (*Gaz. Hebd. d. Sc. Méd. de Bordeaux*, 1932, **53**, 769-778.)
- SMITH (L.W.). — Synoviomata. (*Am. J. Path.*, 1927, **3**, 355-364.)
- THOMASSON JIDE. — Tumeurs articulaires. (*E.M.C.*, 14.140, A.10.)
- VAUBEL (E.). — The form and function of synovial cells in tissue cultures. (*J. Exper. Med.*, 1933, **58**, 85.)
- VERNOT (A.). — Myélome des gaines tendineuses à point de départ osseux. (*Rev. de Chir. Paris*, 1898, **17**, 232.)
- YENERMEN (M.). — *Tip. Fak Mecmuasi*, Istanbul, 1958, **21** (2), 11-12.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique	12
Rappel sur les synovialomes malins dans leur ensemble	13
Clinique	16
Evolution	20
Anatomie pathologique	22
Origine	24
Diagnostic	26
Diagnostic différentiel	27
— <i>Les tumeurs para-pharyngées</i>	27
— <i>Les adénopathies</i>	28
Traitement	33
Observation clinique	35
Conclusions	39
Bibliographie	41

